DISSERTATION

N° 267.

SUR

LA DOTHINENTÉRIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN-BAPTISTE LARRALDE, de Hasparren,

Département des Basses-Pyrénées;

Bachelier ès-lettres de l'Académie de Pau, et Bachelier ès-sciences de l'Académie de Paris.

Natura morborum medicatrix.
HIPP.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, *Président.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET, *Examinateur.*
Pathologie médicale	DUMÉRIL, *Suppléant.* / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Briquet, *Examinateur.*	Martin Solon.
Bronguiart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Danch.	Sandras.
Devergie, *Suppléant.*	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Amour filial.

A MONSIEUR ORFILA,

Doyen et Professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris; Professeur de médecine légale à l'ancienne Faculté de la même ville ; Président des Jurys médicaux ; Membre titulaire de l'Académie de médecine ; Membre correspondant de l'Institut de France, de l'Université de Dublin, de Philadelphie, des Académies de Madrid, de Barcelone, de Murcie, des îles Baléares, de Livourne, d'Amiens, d'Évreux, etc.

Hommage de ma respectueuse gratitude pour la bienveillance et la bonté dont il m'a toujours honoré.

A MES ONCLES, A MA TANTE

ET A MONSIEUR GASTON,

MON DÉVOUÉ PROTECTEUR.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

J.-B. LARRALDE.

DISSERTATION

SUR

LA DOTHINENTÉRIE.

La maladie que nous avons adoptée pour sujet de notre thèse a reçu différens noms, suivant que les divers auteurs l'ont envisagée sous le rapport des symptômes qu'elle présente ou sous celui de la lésion anatomique qui la caractérise. Ainsi, on l'a, tour à tour, appelée *typhus*, *fièvre putride*, *fièvre muqueuse*, *fièvre adynamique*, *fièvre typhoïde*, *gastro-entérite*, etc. Les limites étroites dans lesquelles nous voulons renfermer notre dissertation ne nous permettent pas d'entrer dans de longs détails pour démontrer combien la plupart de ces diverses dénominations sont vicieuses; mais, n'est-il pas évident que le nom de *fièvre adynamique*, par exemple, n'indiquant qu'un état qui peut se montrer à l'occasion de toute maladie, l'individu étant dans les dispositions voulues, n'offre à l'esprit aucun objet déterminé, et le laisse par conséquent dans le vague et l'incertitude? M. *Bretonneau* a cru devoir donner à cette affection le nom de *dothinentérie*. Nous donnons la préférence à cette dernière dénomination, non qu'elle soit, peut-être, à l'abri de toute critique, mais parce que, exprimant la forme et le siége de la lésion, sans rien faire pressentir sur sa nature, elle distingue cette maladie de toute autre, et paraît

plus en rapport avec l'état actuel de la science. Elle a encore l'avantage de n'entraîner après elle aucune conséquence thérapeutique, avantage qui appartient aussi au nom de *fièvre typhoïde*, mais auquel se rattachent peut-être d'autres inconvéniens.

Voici l'ordre que nous suivrons dans l'exposition des questions qui se rapportent à notre thèse : nous nous occuperons d'abord des lésions observées à la suite de cette maladie, de ses symptômes, des causes qui la déterminent, et de sa nature. Nous examinerons ensuite si son point de départ est dans la lésion des glandes de *Peyer*, si elle est contagieuse, quelle est sa durée; enfin nous parlerons du diagnostic, du prognostic et du traitement.

PREMIÈRE SECTION.

Des lésions observées dans les cas de dothinentérie.

Il est des lésions qui se montrent d'une manière presque constante, et qui probablement sont le point de départ de la maladie; d'autres se remarquent dans quelques cas seulement, et paraissent plutôt constituer de simples coïncidences que représenter une partie essentielle du mal.

La lésion des plaques de *Peyer* et des follicules de *Brunner*, on peut ajouter celle des glandes mésentériques, a été constatée sur le cadavre presque toutes les fois que les symptômes de la dothinentérie se sont montrés. Voici la marche que paraît suivre cette triple altération : les cryptes agminés, à peine ou point du tout visibles à l'état sain, commencent par faire un léger relief en dedans de l'intestin. L'anatomie doit nous faire présumer déjà que ces plaques doivent être plus nombreuses à la fin de l'intestin grêle, vers la valvule iléo-cœcale; et c'est en effet ce que l'observation démontre. Un grand nombre de points noirs indiquent les orifices de ces glandes, lorsque leur engorgement n'est pas encore trop considérable; mais ils disparaissent plus tard par les progrès de la tuméfaction. Ces follicules développés, d'a-

bord sans changement de couleur, ne se conservent pas long-temps sous cet état; ils revêtent peu à peu une teinte rose qui devient de plus en plus foncée en passant, successivement, par mille nuances différentes : cet engorgement est constamment suivi d'un ramollissement marqué. Il est rare qu'à cette époque le tissu cellulaire sous-muqueux ne participe pas à l'affection; mais, le plus souvent, la membrane muqueuse intermédiaire aux plaques se montre à l'état physiologique, c'est-à-dire avec sa couleur, sa consistance et son épaisseur ordinaires. Ici les formes de la lésion changent, selon que le mal tend à résolution ou qu'il fait, au contraire, de nouveaux progrès. Dans le premier cas, l'intestin recouvre ses qualités normales par une marche de la maladie inverse à celle qu'elle a suivie pour parvenir au point où nous l'avons observée; dans le second, les cryptes muqueux se couvrent de plaques gangréneuses, dont la chute fait place à des ulcérations plus ou moins profondes. Il faut observer cependant que ces glandes restent quelquefois chroniquement engorgées; mais jamais la couleur pathologique ne persiste. Ces mêmes points noirs, que nous avons vus constituer la première nuance de l'altération pathologique, sont aussi la dernière trace que laissent après eux les cryptes engorgés. Lorsque ceux-ci ne sont pas très-confluens, chaque escharre gangréneuse se forme et tombe isolément, et ce n'est que par les progrès ultérieurs du mal que tout se confond. Au reste, toute ulcération n'est pas nécessairement précédée de gangrène. On prévoit d'avance que la base de l'ulcération doit varier selon que la maladie est plus ou moins avancée; c'est tantôt le tissu cellulaire sous-muqueux, tantôt la tunique musculaire, tantôt la membrane séreuse. Le pourtour de ces ulcérations est dur, calleux, coupé à pic et quelquefois renversé. Ici la maladie est à son plus haut degré de gravité, et elle ne peut guère présenter un état plus fâcheux sans amener une mort certaine, résultat d'une perforation. Dans les cas plus heureux où l'affection affecte une marche rétrograde, les bords de l'ulcération s'affaissent peu à peu, celle-ci diminue de profondeur, la tuméfaction qui la circonscrit devient moins sensible; le fond se tapisse bientôt

d'une pellicule d'apparence séreuse, qui réunit les bords de l'ulcération, et qui, revêtant plus tard toutes les qualités d'une membrane muqueuse, ne laisse pour toute lésion qu'une cicatrisation parfaite.

En faisant l'histoire pathologique des glandes de *Peyer*, nous avons fait aussi celle des follicules de *Brunner*. En effet, toutes les différences consistent dans leur disposition anatomique.

L'altération qu'éprouvent les glandes mésentériques est un grand développement, accompagné de ramollissement et de changement de couleur; elles ne recouvrent que très-difficilement leur état normal.

On sera peut-être surpris que nous n'ayons pas déterminé les différentes époques auxquelles se rapportent les diverses phases de la lésion; mais outre que cela se trouve dans la plupart des écrits qui ont traité de cette maladie, nous avons trouvé un motif de silence dans le grand nombre des faits qui paraissent se soustraire à cette règle; M. *Andral*, M. *Dance* et d'autres encore, en citent des exemples.

Voilà donc les altérations que l'on trouve d'une manière presque constante; mais il en est d'autres qui, pour être moins fréquentes, n'en méritent pas moins d'être signalées.

Le pharynx, l'œsophage, le larynx et les bronches, offrent quelquefois de la rougeur, de fausses membranes, rarement des ulcérations. Les poumons peuvent présenter tous les désordres qui appartiennent aux divers degrés de la pneumonie. Le duodénum n'est presque jamais malade; mais l'estomac et les intestins, au contraire, offrent très-souvent des traces d'inflammation qui ne présente, au reste, aucune particularité. Rien de constant du côté du foie; M. *Louis* l'a trouvé ramolli dans quelques circonstances. Les reins et la vessie, dont les fonctions sont si évidemment altérées pendant la vie, au moins dans une période avancée, sont presque constamment exempts de toute espèce de lésion appréciable. Il en est de même du cerveau et de la moelle épinière, malgré tous les troubles qui se rapportent à l'innervation. La rate est un organe qui a réveillé l'attention des médecins; elle est, dans la très-grande majorité des cas, le siége d'un grand dé-

veloppement, et son tissu offre moins de résistance qu'à l'état normal.

Circulation. Le cœur a perdu souvent de sa consistance, et sa face interne présente de la rougeur. Sont-ce là les résultats d'une inflammation, comme quelques personnes seraient disposées à le penser? Rien ne prouve qu'il en soit ainsi, et nous aimons autant croire que ce ne sont que des effets cadavériques. Les altérations du sang ont été singulièrement exagérées; ce fluide offre cependant quelquefois une liquidité remarquable, comme M. *Bouillaud* et plusieurs autres avant lui l'ont indiqué. Mais combien cette liquidité du sang est loin de pouvoir faire préjuger la putridité des humeurs à laquelle les anciens rapportaient la maladie! Voilà, je crois, les lésions accessoires les plus saillantes. Passons à l'énumération des symptômes.

II^e^ SECTION.

Symptomatologie.

Avant l'invasion franche de la maladie, on éprouve un malaise général, un sentiment de fatigue et de défaillance dont on ne peut se rendre compte. Le sujet est triste, commence à éprouver du dégoût pour les alimens, et son sommeil est interrompu par des rêves pénibles; enfin surviennent des frissons suivis d'une chaleur âcre, une faiblesse musculaire qui ne lui permet plus de faire usage de ses membres, des tintemens d'oreille, etc. Dès-lors plus de doute sur la nature de l'affection; c'est la dothinentérie dont il est atteint. Il faut noter cependant que quelquefois l'invasion de la maladie est brusque.

Pour procéder avec ordre dans l'énumération des symptômes, nous allons, successivement, interroger les divers organes pour savoir quelles sont les modifications qu'ils ont éprouvées dans leurs fonctions. Commençons par l'appareil digestif.

La membrane muqueuse buccale est rouge et sèche. Plus tard il

se fait une exhalation de sang qui se prend en croûte; mais cela tient plutôt aux conditions d'hématose de l'individu qu'à l'intensité du mal; du moins un grand nombre d'observations semblent justifier cette opinion. La langue peut subir toutes les modifications que l'on remarque dans une gastrite, c'est-à-dire qu'elle est tantôt rouge, tantôt blanche, tantôt fendillée, etc. Et cependant il arrive souvent que l'estomac conserve son état normal, preuve que l'état de la langue dénote aussi bien une lésion de l'intestin qu'une altération de l'estomac. Néanmoins, en général, la langue est tapissée au commencement d'un enduit blanchâtre; plus tard elle se dépouille de cette couche de sécrétion, se dessèche de plus en plus pendant quelque temps, puis devient collante, et enfin se couvre de fuliginosités dans une période avancée. L'anorexie est presque toujours complète, la soif variable, et il est difficile de dire à quelle modification organique cela tient. Souvent il y a des nausées et des vomissemens, surtout au début de la maladie; mais il ne faut pas croire, comme quelques auteurs l'ont avancé, qu'ils décèlent constamment un état inflammatoire de l'estomac, l'anatomie pathologique ayant décidé la question autrement. La douleur abdominale est, dans le plus grand nombre des cas, très-légère, quoique fréquemment cette partie de l'intestin soit couverte de vastes ulcérations, ce qui est assez remarquable. En effet, ce défaut de sensation ne s'explique pas aisément par l'altération qu'éprouve l'intelligence, puisqu'on le constate souvent dans les premiers temps de la maladie, lorsque l'intelligence n'a éprouvé encore aucune modification morbide; et il faut croire dès-lors que ces sujets ne souffrent pas. Chez d'autres malades il existe de la douleur à la région iléo-cœcale, lors même que l'intelligence est altérée; mais dans aucun cas cette douleur n'est très-vive, à moins qu'il n'y ait une péritonite, résultat d'une perforation. Une chose assez extraordinaire encore, c'est que certains malades accusent une sensation douloureuse plus forte du côté de l'hypochondre gauche, qui le plus souvent est exempte de toute espèce de lésion, que dans l'hypochondre droit, qui est le principal siége du mal: cela ne prouverait-il point

que dans ce cas la douleur dépend plutôt de la sensibilité générale exaltée que d'un désordre organique particulier? Dans les premiers temps, il y a tantôt diarrhée, tantôt constipation; cet état persiste quelquefois jusqu'aux dernières périodes de la maladie, époque à laquelle le dévoiement est ordinairement continuel, et précipite une terminaison funeste par l'épuisement des forces du sujet. En général les déjections alvines ne déterminent aucune souffrance. Le nombre des selles varie, et elles sont tantôt volontaires, tantôt involontaires; ce qui est extrêmement fâcheux, car ce défaut d'empire sur les excrétions annonce un trouble notable dans l'innervation. Elles sont constituées par un liquide jaunâtre ou par des mucosités; c'est quelquefois du sang que l'on rend, car il n'y a pas de maladie où les hémorrhagies intestinales soient plus fréquentes et même trop souvent plus abondantes, au point que, dans quelques cas, les malades succombent pour ainsi dire exsangues et dans un état adynamique complet. Des gaz se développent souvent, surtout dans le gros intestin, ce qui est reconnaissable au volume qu'acquiert le ventre et au son clair qu'il rend par la percussion. Ce ballonnement ne survient ordinairement qu'à une époque avancée, et l'observation a démontré qu'il est toujours d'un mauvais augure quand il se prolonge pendant long-temps. Constamment il détermine une grande gêne dans la respiration, ce que l'anatomie et la physiologie nous font facilement comprendre. Mais à quoi tient cette formation de gaz? On l'ignore.

Circulation. Ses troubles sont constans, mais différens par leur nature et par leur intensité. En général, le pouls est très-fort dans le commencement, mais rarement il conserve sa force comme sa fréquence, qui augmente de plus en plus, et qui devient d'un prognostic très-fâcheux quand elle dépasse certaines bornes. Lorsque les phénomènes nerveux viennent à prédominer et qu'ils constituent, pour ainsi dire, toute la maladie, le pouls devient alors rare tout à coup, ce qui est encore une circonstance très-peu rassurante, puisqu'elle nous indique que le cerveau commence à être affecté. Nous allons terminer

ce qui regarde le pouls, en disant qu'il est ordinairement régulier au commencement, mais non pas d'une manière aussi constante à la fin.

Caloricité. La température de la peau est le plus souvent élevée, rarement naturelle; quelquefois la surface du corps est le siége d'un refroidissement tantôt partiel, tantôt général. Le frisson est un phénomène qui appartient surtout au début de la maladie. Il manque cependant assez souvent à cette époque, et peut se manifester pendant le cours de la maladie, quoique ces cas soient rares, à moins qu'il ne survienne quelque complication de nature inflammatoire. Les sueurs très-abondantes ne s'observent pas fréquemment dans la dothinentérie; cependant la peau conserve, dans quelques circonstances, une moiteur légère qu'il ne faut point dédaigner quand il s'agit de recueillir les élémens du prognostic, car on a remarqué que ce phénomène doit faire présager favorablement de la terminaison de la maladie. Il y a souvent de la toux dans quelques-unes des périodes de l'affection, accompagnée de crachats d'apparence diverse, mais qui le plus ordinairement sont visqueux et étoilés, ayant la plus grande analogie avec ceux qui sont rendus par les personnes atteintes d'une inflammation des poumons. Différens râles se font entendre aussi dans divers points de la poitrine. Je crois que le râle sibilant et le râle crépitant sont ceux que l'on est à même de noter le plus souvent; mais ce dernier bruit offre dans cette affection une particularité que nous serions fâché de ne pas signaler. Ce sont de petites bulles sèches qui se précipitent vers l'oreille d'un point très-circonscrit, tandis que dans une pneumonie franche, elles partent de toute l'étendue du poumon qui correspond à l'orifice de l'oreille. Au reste, cela n'est point constant, et M. *Chomel* qui, je crois, est le seul qui ait fait cette remarque, n'en cite que trois ou quatre exemples. Nous ne quitterons pas les symptômes fournis par l'organe de la respiration, sans rappeler que les pneumonies latentes sont très-fréquentes dans le cours de cette affection, que par conséquent le médecin doit y apporter une attention particulière.

Sécrétions.

Le tissu cellulaire s'infiltre rarement. M. *Andral* en cite un seul exemple. Les glandes salivaires se gonflent quelquefois, mais ce ne sont pas là des crises, comme on l'a dit, car le plus souvent les symptômes s'aggravent dès ce moment; il faut donc tâcher d'y apporter remède. L'ictère est un phénomène très-rare. L'urine est modifiée de mille façons; elle est le plus souvent rouge, diminuée dans sa quantité, ce qui tient probablement, au moins en grande partie, à la difficulté de la rendre; il s'y mêle aussi quelquefois du sang. Elle offre souvent, immédiatement après qu'elle a été excrétée, une fétidité insupportable; de là des idées de putridité dans cette maladie, comme si ce phénomène était tout à fait étranger aux autres affections, comme s'il ne pouvait pas surtout s'expliquer fort naturellement par le long séjour de ce liquide dans la vessie. Au reste, toutes ces erreurs sont bannies aujourd'hui de la science par tous les bons esprits. L'odeur de souris qui a été signalée dans la dothinentérie paraît provenir de l'altération que les urines éprouvent sous les malades, quand ceux-ci sont devenus tout à faits indifférens sur leur état, ou qu'ils n'ont plus assez d'intelligence pour convertir les impressions en sensations. La rétention et l'incontinence d'urine se rattachent aux dernières périodes de la maladie.

Innervation, motilité, etc.

La sensibilité paraît exaltée, et dans le début surtout les malades se plaignent d'un violent mal de tête, qui devient moins intense et manque même quelquefois dans les autres périodes. Une des principales modifications que présente la motilité consiste en des contractions irrégulières; mais elles n'arrivent ordinairement qu'à une époque très-avancée de la maladie, non plus que la roideur des membres, qui est un symptôme extrêmement fâcheux.

Il est rare que l'intelligence se trouble dès le principe ; mais plus tard elle offre des altérations très-notables. Ainsi, la face du malade devient le siége d'une stupeur presque caractéristique; une idée fixe le préoccupe, il est dans une indifférence totale sur son état, ou bien une crainte exagérée le tourmente sans cesse. Quelquefois, au contraire, il s'imagine être très-bien, mais alors le délire doit survenir infailliblement. Lorsqu'on l'interroge, il ne répond qu'avec une espèce de répugnance, avec hésitation, et ses réponses sont toujours très-courtes, quoique justes cependant. Rien ne peut le tirer de l'état de somnolence dans lequel il est plongé. L'ouïe devient très-obtuse, l'insomnie complète, la contractilité musculaire éprouve chaque jour de nouvelles atteintes et devient, pour ainsi dire, nulle en très-peu de temps, même chez des hommes d'une force colossale ; preuve irrécusable que l'énergie musculaire n'est pas toujours l'expression de l'énergie nerveuse. La convalescence est marquée quelquefois par une aliénation mentale qui disparaît le plus ordinairement. Les épistaxis sont un phénomène assez commun au début de la maladie, et rarement ils apportent du soulagement au malade; ils sont plus rares dans les autres périodes. Les pétéchies, taches roses et lenticulaires, constituent un des caractères de la maladie ; elles se montrent le plus ordinairement à l'abdomen, plus rarement au thorax, presque jamais aux bras et aux membres inférieurs. L'époque de leur apparition et leur nombre varient; elles peuvent même manquer tout à fait. Les sudamina, plus rares que les pétéchies, ont pour siége de prédilection la partie inférieure et antérieure du cou et les aisselles. Nous allons terminer ce qui a rapport aux symptômes, en faisant remarquer que dans cette affection il y a une grande prédisposition à la gangrène et à l'ulcération. Le premier de ces phénomènes se montre le plus ordinairement vers les grands trochanters et à la région sacrée ; il suffit, pour déterminer le second d'une manière presque certaine, de laisser pendant une demi-heure seulement un sinapisme en contact avec la peau.

Étiologie.

Le nouveau séjour dans une grande ville, à Paris, par exemple, entraîne après lui plusieurs modifications dans les conditions soit physiques, soit morales d'un individu ; ainsi le chagrin d'avoir quitté des personnes auxquelles on était attaché, les heures de repos et de réveil changées, le défaut d'ouvrage dans une certaine classe de la société, et de là des privations et des anxiétés ; la nature des alimens différente, l'habitation d'un nouveau climat ; mille habitudes à contracter, etc., sont autant de circonstances inséparables de l'émigration dont nous venons de parler. Mais sont-ce là les causes qui déterminent la dothinentérie? Beaucoup de faits sembleraient venir à l'appui de l'étiologie que nous signalons ; mais il est un grand nombre de personnes qui sont hors de toutes ces influences, et qui ne contractent pas moins pour cela cette affection. L'observation ayant fait voir aussi qu'un grand nombre d'étudians en médecine étaient atteints de la maladie dont il s'agit, on a voulu l'attribuer aux émanations miasmatiques, auxquelles nous sommes soumis dans les différens amphithéâtres de dissection ; mais cette même observation a démontré que les élèves en droit n'étaient pas plus épargnés que les étudians en médecine. D'ailleurs, c'est surtout la première année que cette maladie frappe ceux qui s'adonnent à l'étude de l'art de guérir, et les élèves étant dans l'habitude de consacrer cette première année aux sciences accessoires, ne commencent que plus tard à fréquenter les amphithéâtres. Au reste, cette affection n'appartenant pas exclusivement aux habitans des grandes villes, on a voulu encore lui assigner d'autres causes ; mais leur action n'est pas plus démontrée que celle des influences qui agissent dans une grande ville. De tout ce que nous venons de dire nous conclurons que les causes de la dothinentérie sont très-obscures, comme cela a lieu, au reste, pour la plupart des autres maladies.

Nature de l'affection.

Les discussions les plus vives se sont élevées et s'élèvent encore tous les jours sur la nature de cette maladie. Les uns, en effet, y voient une affection générale, dont le germe est dans les liquides, et surtout dans le sang; d'autres admettent plutôt une maladie essentielle; ceux-là prétendent que ce n'est qu'une gastro-entérite; ceux-ci enfin s'efforcent de prouver que c'est une affection spéciale, consistant dans la lésion des glandes de *Peyer*, et qui réagit sympathiquement sur toute l'économie. Mais ces opinions sont loin d'être satisfaisantes. Qui ne voit, en effet, combien elles prêtent à des objections? Si vous êtes humoriste, vous manquez de preuves suffisantes pour appuyer votre théorie, car souvent les liquides ne présentent aucune espèce d'altération. Il est vrai que, dans un grand nombre de cas, le sang offre une liquidité remarquable; mais cette liquidité se montre aussi dans d'autres affections, et elle n'est pas constante dans celle dont il s'agit. Or, pour qu'une altération puisse être dite constituer une maladie, il faut qu'elle existe d'une manière invariable. Est-on psychologiste, on vous demande de suite quelle idée vous vous faites d'une maladie qui ne se rapporte pas à une lésion matérielle, comment vous la concevez, quel motif vous porte à l'admettre; et j'avoue que, selon moi, il n'est pas facile d'y répondre. En effet, dira-t-on que ce sont les propriétés vitales qui sont altérées? mais leur existence n'est rien moins que démontrée. Bien plus, ni après la mort ni pendant la vie, il n'est aucun cas qui nécessite l'admission de ces forces hypothétiques. Je le prouve. Après la mort, le besoin d'assigner une cause à une terminaison funeste, qui ne pourrait s'expliquer par aucune altération matérielle, serait la seule circonstance où, au premier coup d'œil, il semblerait qu'on dût y avoir recours; mais que de modifications dans la matière qui échappent à tous nos moyens d'investigation! Et il ne faut pas dire que c'est là de l'anatomie pathologique intellectuelle; ou du moins, si on tient absolument à l'appeler ainsi,

elle est autorisée par l'analogie. Quelqu'un voudrait-il, en effet, trouver une différence dans l'arrangement moléculaire de deux grains de blé, dont l'un aurait la propriété de germer, tandis que l'autre ne l'aurait point? Personne assurément; et cependant cette différence est incontestable. Je pourrais également citer plusieurs phénomènes électriques qui viendraient à l'appui de mon hypothèse. Pendant la vie, l'admission de ces propriétés occultes n'est pas moins superflue; car on ne saurait mesurer la force de la matière organisée, et par conséquent on ne peut point dire que tel phénomène ne s'explique point par elle.

On est aussi fort embarrassé quand on veut identifier cette affection avec la gastro-entérite, celle-ci ne s'accompagnant jamais des symptômes qui escortent la lésion des glandes de *Peyer*. Cette dernière altération est en effet caractérisée par une stupeur qui se peint sur la figure du malade, par un état adynamique qui se fait remarquer dès l'invasion de la maladie, par une insomnie complète, par des troubles d'innervation, par des épistaxis, par des pétéchies, etc., symptômes que ne présente point la gastro-entérite, au moins dans la très-grande majorité des cas. Il est encore d'autres différences que l'on peut signaler. La dothinentérie n'atteint presque jamais deux fois la même personne, et rarement après l'âge de quarante-cinq ans; la gastro-entérite, au contraire, est une affection que l'on peut avoir plusieurs fois dans la vie et à tout âge. Dans la gastro-entérite l'altération de la contractilité musculaire est en raison de l'abondance des selles; ce rapport n'existe nullement dans la dothinentérie. On peut déterminer à volonté une gastro-entérite, cela serait impossible pour la dothinentérie; on connaît le plus souvent les causes qui donnent lieu à une gastro-entérite, celles de la dothinentérie sont très-obscures; la gastro-entérite, quand elle n'est point symptomatique, ne se termine jamais d'une manière funeste, la dothinentérie est une affection qui emporte un très-grand nombre de malades. Enfin, la gastro-entérite ne s'accompagne presque jamais de fièvre, elle parcourt toutes ses périodes dans l'espace de trois ou quatre jours, et acquiert dès l'invasion

toute son intensité; la dothinentérie, au contraire, présente toujours une forte réaction, dure un temps beaucoup plus long, et sa marche est toujours progressive. On pourrait encore poursuivre l'énumération des différences qui existent entre ces deux affections; mais nous pensons que pour un esprit qui n'est dominé par aucune idée préconçue, celles que nous venons de signaler suffisent et au-delà. Mais il sera facile, dira-t-on, de faire deux maladies distinctes de la dothinentérie et de la gastro-entérite, si l'on met d'un côté tous les cas qui présentent de la gravité, et de l'autre ceux qui n'offrent que des symptômes très-légers; cette objection ne nous paraît nullement fondée, car ce n'est point d'après l'intensité des symptômes qu'on les sépare, mais bien d'après leur nature.

Les difficultés diminuent, mais ne disparaissent pas encore quand on veut faire dépendre la maladie de la lésion des glandes de *Peyer*. Cependant, comme cette manière de voir nous paraît la plus rationnelle, c'est cette opinion que nous adopterons et que nous tâcherons de défendre.

La lésion des glandes de Peyer est-elle le point de départ de la maladie?

Oui, on peut regarder la lésion des glandes de *Peyer* comme le point de départ des symptômes et de tous les désordres qui accompagnent la dothinentérie. Mais ici, on ne nous donne pas même le temps d'établir notre proposition, et l'on nous objecte que des symptômes ne peuvent être attribués à une lésion, si l'on n'a la certitude que cette lésion existe quand ces symptômes se développent; or, aucune autopsie n'ayant été faite avant le cinquième jour, il est impossible de regarder la lésion des glandes de *Peyer* comme la source des altérations fonctionnelles qui escortent cette maladie. Cela paraît très-fondé au premier abord; mais nous demanderons, à notre tour, à ceux qui raisonnent ainsi, pourquoi ils attribuent les premiers symptômes que présente une personne atteinte d'une pneumonie, à l'inflammation de l'organe de la respiration; car enfin on ne meurt pas dans les premiers temps de cette affection, et par conséquent le scalpel ne saurait

aller à la recherche de la lésion anatomique. Nous répondrons plus directement à leur objection quand ils auront fait une réponse satisfaisante à la nôtre.

Mais la lésion étant admise, y a-t-il un rapport constant entre les symptômes et l'altération? Il n'est pas douteux que, le plus souvent, le désordre anatomique est assez vaste et assez profond pour ne laisser rien à désirer même à l'esprit le plus exigeant; personne, je crois, ne voudrait contester cette vérité. Mais il est des cas dans lesquels une altération très-légère coïncide avec une série de symptômes très-graves, tandis que, dans d'autres circonstances, des lésions très-étendues et très-profondes ne s'accompagnent que de phénomènes fort peu alarmans. Cette proposition, il faut l'avouer, est aussi vraie que la première; mais nous dirons que l'objection ne s'applique pas exclusivement à la dothinentérie; il en est de même dans toutes les affections aiguës, et beaucoup de maladies chroniques même se montrent avec ce défaut de rapport entre les symptômes et l'altération pathologique. Qui ne sait, par exemple, qu'au commencement d'une pneumonie, où à peine quelques vésicules sont phlogosées, la fièvre est aussi intense, l'abattement aussi prononcé, etc., que lorsque la maladie a envahi presque toute l'étendue de l'organe? Qui ne sait qu'un érysipèle très-borné de la face détermine souvent une réaction très-forte et d'autres accidens fâcheux, tandis qu'un pemphigus peut couvrir toute la surface du corps sans réveiller aucune sympathie? Ne sait-on pas encore que des symptômes très-alarmans ont pu faire croire quelquefois à une affection très-grave de l'estomac, ce qui a été démenti par l'autopsie, tandis que des cancers énormes ont pu exister dans cet organe, sans que pendant la vie ils se soient trahis par aucun désordre fonctionnel? Bien plus, il n'est pas rare de voir des modifications physiologiques exciter plus de sympathies que des lésions pathologiques. De pareils faits se montrent tous les jours aux yeux de l'observateur, et il faudrait les accepter quand aucune explication ne viendrait satisfaire l'esprit. Mais jusqu'à présent nous n'avons fait que généraliser l'objection; tâchons de la faire tomber. Ne serait-il pas possible que, dans

les cas où l'on ne constate sur le cadavre que des lésions très-légères, les symptômes ayant été d'ailleurs graves, l'œil de l'anatomiste ne vît que les restes d'une altération qui aurait été très-étendue, mais qui aurait disparu en partie par une marche rétrograde de l'affection? Cela me paraît d'autant plus admissible, que les cas où les altérations se sont trouvées en défaut se rapportent à de longues maladies.

Mais comment alors concevoir la mort, puisque la maladie serait déjà réduite à ses élémens pour ainsi dire les plus simples? Très-facilement, selon nous. N'est-il pas vrai qu'un sujet atteint d'une affection quelconque a plus ou moins de frais à faire, soit dans les périodes progressives du mal, soit dans ses périodes de retour? Dès-lors, quoi de plus naturel que de le supposer à une époque telle, que la moindre réaction lui suffirait pour résister aux derniers efforts de la maladie, mais déjà tellement épuisé par les forces qu'il aurait dû déployer dans les premiers élans de la lutte, qu'il en serait devenu tout à fait incapable? Cette explication nous paraît très-rationnelle. Jetons maintenant un regard sur la seconde partie de l'objection, et voyons si elle est plus décisive que la première.

Souvent, nous dit-on, la lésion est des plus graves et les symptômes qui l'accompagnent fort légers, preuve que l'un ne dépend point de l'autre. Nous admettons la proposition comme vraie, mais nous sommes loin de souscrire à la conséquence que l'on veut en tirer. Nous concevons, au contraire, très-bien un sujet tellement frappé par le mal dans une partie de son corps, que tous les appareils se dépouillent, pour ainsi dire, de la vie dont ils sont doués en faveur de l'organe malade qui doit déployer une somme de résistance supérieure à celle qui lui a été répartie par la nature. Toute la vie de l'économie se concentre sur le point affecté; dès-lors rien de plus naturel que cette absence de sympathies. Mais n'oublions pas encore ici que tous les hommes ne sont pas également excitables. Au reste, l'objection que nous venons d'examiner offre de l'ambiguïté, et sa signification n'est nullement déterminée. Il faut qu'il y ait un rapport, dit-on, entre la lésion et les symptômes; mais il y a au moins deux choses à

considérer dans une lésion, savoir, son étendue et sa nature. Veut-on dire qu'il faut qu'il y ait un rapport entre l'étendue de l'altération et les symptômes? Nous venons de voir que l'observation de tous les jours dément cette assertion. C'est donc entre la nature du mal et les symptômes que l'on réclame ce rapport. Nous nous plaisons à dire que nous le réclamons aussi de toutes nos forces, mais quelle est la nature de l'altération qui nous occupe ? elle nous échappe totalement, et rien ne prouve mieux notre ignorance sur ce point que la diversité des opinions qui règnent. Par conséquent, il est impossible de refuser à la lésion des glandes de *Peyer* la propriété de déterminer les phénomènes dont elle s'accompagne, puisque, sa nature étant ignorée, on ne saurait dire ce qui lui convient, ou ce qui ne lui convient pas. Au reste, supposé même que la nature de l'altération fût connue, que ce fût, par exemple, une simple inflammation, sur quoi se fonderait-on pour combattre notre opinion? C'est certainement sur la raison qui nous dit que tant de désordres et souvent une mort funeste ne sauraient s'expliquer par une inflammation aussi légère, ou sur l'expérience. Mais la raison est un bien pauvre juge quand il s'agit de décider de la gravité d'une altération. Jamais, assurément, elle n'aurait pu nous donner la mesure du danger imminent qui menace la personne dont le poumon est le siége de quelques tubercules disséminés çà et là, si l'expérience n'était venue constater cette vérité fatale ; jamais elle n'aurait pu nous dire que l'hystérie qui se montre avec un appareil de symptômes, en apparence, si terrible, est une affection qui ne se termine jamais d'une manière fatale. Aussi n'avons-nous pas fréquemment recours à ses lumières dans les questions de ce genre; et souvent quand nous croyons interroger la raison, nous interrogeons à notre insu l'expérience. Ainsi, nous ne supposons pas qu'on veuille adopter ce système de défense, et c'est dès-lors sur l'expérience que l'on voudrait s'appuyer. Mais l'expérience dépose en notre faveur, car presque toutes les fois que les symptômes propres à cette affection se sont montrés, la lésion des glandes de *Peyer* a été constatée sur le cadavre. Je dis presque toujours, et ceci nous sert

admirablement de transition pour passer à une autre série d'objections avec lesquelles on combat encore l'opinion que nous défendons. Voici les nouvelles difficultés dont on demande la solution. Quelquefois, nous dit-on, les symptômes de cette affection se sont montrés, sans que la lésion à laquelle vous les rapportez ait été constatée sur le cadavre ; et *vice versâ*, la lésion a pu exister sans que ces mêmes symptômes l'aient accompagnée. Tâchons d'abord de satisfaire à la première partie de l'objection. On pourrait peut-être dire que la lésion avait déjà disparu à l'époque où le sujet est venu à mourir, comme nous avons cru pouvoir le supposer plus haut, et cette hypothèse n'est pas aussi gratuite qu'on le croirait au premier coup-d'œil. En effet, on a souvent constaté sur le cadavre des traces de cicatrisation qui accusaient évidemment une altération qui avait préexisté ; or, supposer pour le tout ce qui a été reconnu pour une partie, ne me paraît point chose qui répugne, et qui ne soit pas même très-naturelle. Au reste, nous ne tenons pas absolument à cette explication, et nous demanderons à présent s'il est raisonnable d'admettre qu'une lésion quelconque, au moment où elle devient visible pour nous, constitue le premier degré de cette altération, c'est-à-dire le passage de l'état physiologique à l'état pathologique. Mais dans ce cas, nous verrions souvent l'effet précéder la cause ; car dans un érysipèle de la face, par exemple, un grand nombre de symptômes apparaissent avant la rougeur, la tension et le gonflement des parties ; cela me paraît rigoureux. Poursuivons. Toute lésion qui est devenue apparente montre diverses phases et divers degrés qui se rapportent à des époques différentes ; dès-lors n'est-il pas naturel de croire que les choses ne se passent pas autrement, lorsque cette même lésion n'est pas encore venue frapper nos sens ? Or, en admettant qu'il en soit ainsi, toute objection tombe ; car il suffit de dire que la lésion n'était pas encore parvenue au degré où elle devient visible, qu'elle avait été arrêtée dans son développement par une cause qui nous échappe. Mais, direz-vous, c'est là une supposition ; certainement c'est une supposition ; mais vous aussi, vous serez obligé de supposer, à moins que vous ne veuilliez rester

simple spectateur des faits, sans rien expliquer. Puisqu'il faut donc nécessairement supposer, il ne s'agit plus que de supposer aussi peu que possible, et de supposer les choses les plus raisonnables ; or, on ne dira point que ma supposition n'est pas raisonnable, puisque j'y suis conduit par l'analogie, par l'analogie tirée de l'objet même qui est le point de la discussion ; car ce que nous avons dit d'une lésion en général peut s'appliquer à celle des glandes agminées.

Mais pourquoi voudrait-on que les symptômes par lesquels se traduit la lésion des follicules de *Peyer* appartinssent exclusivement à cette maladie? pourquoi ne voudrait-on pas que beaucoup d'autres affections pussent les déterminer? car qu'est-ce que ces symptômes, sinon des sympathies qui, l'individu étant dans les dispositions voulues, peuvent se réveiller à l'occasion de tout désordre? N'a-t-on pas vu quelquefois une gastrite chronique donner lieu à tous les symptômes du cancer de l'estomac? Dit-on, pour cela, que ces symptômes n'appartiennent pas à cette dernière lésion?

Examinons maintenant la seconde partie de l'objection. La lésion a pu exister, nous dit-on, sans que les symptômes se soient développés. Cela veut dire que les sympathies ne se sont point réveillées ; mais nous avons déjà fait connaître quelque part ce qui peut empêcher l'éveil de ces sympathies. D'ailleurs, personne n'ignore que les sympathies ne sont pas les mêmes chez tous les individus, et qu'elles varient à l'infini ; par conséquent, pour répondre à l'objection que l'on nous présente, il suffit de dire que dans ce petit nombre de cas exceptionnels, les sujets avaient, sans doute, une organisation particulière qui n'est pas celle de la généralité des hommes.

Mais dans quelles circonstances a-t-on vu les symptômes de la dothinentérie ne point se développer, malgré l'existence de la lésion des glandes de *Peyer?* c'est lorsque les sujets étaient en butte à une autre maladie. Cela seul ne suffit-il pas pour résoudre toute la difficulté? Ne conçoit-on pas facilement que deux affections attaquant à la fois la même personne, elles doivent s'embarrasser, pour ainsi dire, mutuellement, et entrer dans une dépendance réciproque? dès-lors quoi

d'étonnant que les symptômes s'en ressentent, et qu'ils montrent une physionomie nouvelle? Cela me paraît au contraire fort naturel.

Au reste, on nous dit, nous avons vu la lésion des glandes de *Peyer* sans être accompagnée des symptômes de la dothinentérie; mais est-il évident que ce fût cette lésion particulière dont nous voulons parler? Oui, ajoute-t-on, car les altérations avaient la même forme et le même aspect que celles que vous regardez comme le point de départ de l'affection dont il s'agit : à la bonne heure, mais l'identité de forme et d'aspect n'autorise pas toujours à conclure à l'identité de nature. Quoi de plus identique, dans quelques circonstances, qu'un eczéma impétiginodes et une teigne annulaire, qu'un impétigo et une teigne granulée, si on voulait les juger d'après les apparences qu'ils offrent? et cependant quoi de plus distinct que leur nature? Nous dirons, pour dernière réponse, qu'une cause existant, elle ne doit pas nécessairement produire un effet; ainsi, même cette dernière objection qui, au premier abord, paraissait offrir quelque valeur, ne porte pas plus atteinte à notre opinion que celles que nous avons déjà réfutées. Je ne quitterai pas cette discussion sans en tirer une conclusion qui me paraît s'offrir bien naturellement; c'est que, lorsqu'on veut arriver à la connaissance exacte d'une maladie, il ne faut point isoler la lésion anatomique qui la caractérise, les symptômes qu'elle présente et la marche qu'elle suit; ce sont là les divers élémens d'un même tout; tant qu'on ne les réunit pas, on n'a dans l'esprit que de la confusion, que des sources d'erreur.

Contagion.

Nous allons maintenant examiner une autre question qui n'est pas moins débattue que celle que nous venons de quitter; je veux parler de la nature contagieuse ou non contagieuse de l'affection. Ces deux opinions sont défendues avec la même chaleur et par des hommes d'un très-grand mérite. A Tours, par exemple, l'existence de la contagion est comme une question de foi; à Paris, l'opinion contraire paraît avoir prévalu, du moins chez la plupart des médecins. Je dis

l'opinion contraire, car quoiqu'ils paraissent émettre encore quelque doute, on voit cependant qu'ils penchent fortement à ne pas croire la maladie contagieuse. Examinons les titres que les uns et les autres présentent en faveur des idées qu'ils défendent, afin que nous puissions nous former une opinion selon que nous aurons été affecté de telle ou telle manière par les preuves fournies de part et d'autre.

M. *Bretonneau* nous met sous les yeux des faits positifs; les observateurs de Paris, par la nature même de l'opinion qu'ils défendent, ne peuvent en présenter que de négatifs; ainsi jusqu'à présent la balance paraît pencher du côté du médecin de Tours; car des faits négatifs ne peuvent porter aucune atteinte à des faits positifs. Mais il s'agit de savoir si les faits présentés par M. *Bretonneau* ne sont pas susceptibles d'être expliqués sans admettre la contagion. Tout en admettant qu'il y a beaucoup de ces faits qui ne réclament pas impérieusement la transmissibilité de la maladie pour être conçus, nous pensons qu'il y en a quelques-uns qui prouvent à peu près incontestablement la contagion. Il serait trop long d'énumérer ici ces observations, mais nous aurons soin de les confier à la mémoire quand il s'agira de défendre notre thèse. L'analogie semblerait aussi militer en faveur de l'opinion de M. *Bretonneau*, car cette maladie jouit de la propriété de régner épidémiquement et de n'affecter qu'une fois la même personne; et l'on sait que la rougeole, la scarlatine, la variole, qui se trouvent dans le même cas, sont aussi susceptibles d'être transmises par contagion. Voici maintenant ce qui autorise les observateurs de Paris à croire que cette affection n'est pas transmissible. Tous les jours on voit dans les hôpitaux de la capitale un grand nombre de sujets atteints de la dothinentérie, et cependant jamais cette maladie ne se transmet ni aux nombreux élèves qui y vont puiser leur instruction, ni aux professeurs qui leur prodiguent leurs soins, non plus qu'aux gens attachés aux différentes salles; du moins il n'existe pas à leur connaissance un seul fait bien constaté qui prouve que la maladie se soit communiquée. Cette objection, opposée aux faits présentés par M. *Bre-*

tonneau, est sans doute de quelque valeur, mais elle ne nous paraît pas cependant très-concluante. En effet, je veux qu'il n'y ait pas de fait bien constaté qui prouve que l'affection se soit transmise; mais il est certain qu'un grand nombre d'élèves en médecine sont affectés chaque année de cette maladie. Plusieurs de ces élèves fréquentaient les hôpitaux quand ils sont tombés malades; ils voyaient de très-près des sujets atteints de dothinentérie, ils les interrogeaient, ils les touchaient; voilà le fait indépendamment de toute explication. Maintenant, est-ce par voie de contagion qu'ils ont gagné la maladie? ou ont-ils été exposés aux influences générales qui la déterminent? La chose me paraît très-difficile à décider. Ainsi, cette objection ne paraît pas avoir même la force d'un fait négatif. Au reste, qu'est-ce que cela prouverait à la rigueur? Que la maladie est contagieuse à un très-faible degré, qu'elle ne l'est qu'avec le concours de certaines circonstances, voilà tout. Continuons de présenter la série d'objections fournies par l'observation de Paris. Souvent, plusieurs malades se succèdent dans les lits qui ont été occupés par des sujets atteints de dothinentérie, sans que l'on prenne d'autres précautions que de changer les linges, et cependant aucun d'eux ne gagne cette affection; mais on n'agit pas autrement, quand il s'agit de rougeole, de scarlatine, et cependant nous ne voyons pas que ces maladies se communiquent davantage. Mais comment se fait-il donc que la dothinentérie, après s'être montrée contagieuse dans plusieurs endroits, ne le soit point dans les maisons où nous l'observons? Je ferai remarquer que toutes les personnes qui fréquentent ou habitent les hôpitaux sont familiarisées pour ainsi dire avec les émanations miasmatiques, et il serait possible que cette habitude préservât jusqu'à un certain point de la contagion. Au reste, cette supposition n'est pas tout à fait gratuite; car en 1814, lorsque le typhus régnait à Paris, on a observé que les externes et les internes qui avaient une grande habitude des miasmes résistaient à leur influence, tandis que les autres élèves qui, par un généreux dévouement, allaient prodiguer leurs soins aux malades, mouraient victimes

de leur zèle. Maintenant quelle est la conclusion la plus raisonnable que nous puissions tirer de l'observation des faits et des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer? C'est que la dothinentérie est contagieuse à n'en pas douter, mais qu'elle ne l'est pour ainsi dire qu'avec le concours de certaines conditions qui nous échappent. Et nous nous plaisons à rappeler ici l'opinion de plusieurs médecins distingués qui admettent aussi qu'une maladie peut être contagieuse dans une ville, par exemple, et ne pas l'être dans une autre, à cause de beaucoup de circonstances qui peuvent varier dans les deux endroits. Mais quelques-uns d'entr'eux, tout en partageant cette opinion, ne conçoivent point comment la dothinentérie qui, selon eux, n'est point contagieuse à Paris, peut revêtir cette propriété à Tours, qui n'est éloigné de nous que d'une soixantaine de lieues.

Cela paraît, en effet, bien extraordinaire au premier abord, mais on peut s'en rendre compte cependant, je crois, ou plutôt la chose cesse de surprendre quand on y réfléchit bien. En effet, quelles sont les conditions qui rendent la maladie susceptible d'être transmise? on l'ignore totalement, et ce n'est que par supposition qu'on pourrait en indiquer quelques-unes, si l'on excepte cependant l'encombrement, qui jouit très-probablement de ce triste privilége. Pour les autres, on les méconnaît. On ne sait point si elles sont du nombre de celles dont nous connaissons la nature, ou si elles n'appartiennent point à un autre ordre d'influences, dont la connaissance positive nous échappe sans doute, mais qui doivent assurément exister et agir sur nous d'une manière qui nous est inconnue. Puisqu'il existe donc bien certainement des influences dont la nature nous est cachée, on ne peut point dire que, ne régnant pas dans un endroit, elles ne peuvent pas régner dans un autre, même très-rapproché du premier; car ce n'est que par voie d'induction et d'analogie qu'on pourrait avancer cette proposition, ce qui est impossible, puisque nous supposons que nous ignorons la nature des influences dont il s'agit.

Mais laissons les hypothèses de côté, et abordons franchement la

question. Puisque les observateurs dont il s'agit admettent qu'une maladie peut être contagieuse dans un endroit et ne pas se montrer telle dans un autre, ils admettent par là même l'existence de deux endroits qui ne sont séparés que par un point mathématique, et dans l'un desquels l'affection est transmissible, tandis qu'elle ne l'est pas dans l'autre. En effet, supposez une maladie quelconque partant d'un lieu où vous ne la croyez pas contagieuse, et parcourant l'intervalle qui le sépare de celui où vous la supposez susceptible d'être transmise; n'est-il pas vrai qu'elle arrivera nécessairement à un point mathématique au-delà duquel elle sera transmissible, tandis qu'elle ne le sera pas en deçà de ce même point? Cela me paraît incontestable. Ainsi donc, la difficulté tirée du peu de distance de Tours à Paris ne nous paraît pas fondée. D'après tout ce que nous venons de dire, il est facile de voir quelle est notre opinion relativement à la transmissibilité de la dothinentérie. Nous penchons pour la contagion, plutôt que nous ne la rejetons, et si cette manière de voir n'est pas la plus vraisemblable aux yeux de tout le monde, elle est au moins celle qui doit suggérer le plus de règles de prudence, celle qui permet à la science de parvenir un jour avec plus de certitude à la connaissance de la vérité par des observations ultérieures.

Durée. Il y a des malades qui sont morts au bout de cinq jours, il y en a qui ont pu vivre pendant deux mois et demi; il y en a qui sont guéris au septième ou au huitième jour, d'autres ne se sont rétablis qu'après plus d'un mois et demi.

Diagnostic. Il se tire de tout ce que nous avons dit dans l'énumération des symptômes. Nous ferons remarquer cependant qu'au commencement de la maladie le diagnostic est quelquefois très-difficile, à cause du peu d'intensité des symptômes ou de leur irrégularité; mais rarement l'incertitude dure jusqu'à la fin.

Prognostic. Il est toujours extrêmement fâcheux, et pour s'en con-

vaincre il suffit de savoir que, selon plusieurs relevés, plus des trois cinquièmes des malades succombent. Le médecin doit se défendre ici d'une fausse sécurité que pourrait lui inspirer le peu d'intensité des symptômes, car l'expérience apprend que c'est précisément dans ces cas en apparence simples que des péritonites inattendues enlèvent les malades comme subitement.

Traitement.

Nous avons dit au commencement de cette thèse que les dénominations données à cette affection ont varié selon que les différens auteurs l'ont envisagée sous le rapport des symptômes qu'elle présente, ou celui de la lésion anatomique qui la caractérise. On peut en dire autant du traitement. Les uns, n'ayant en vue que l'altération pathologique qu'ils croient être de nature inflammatoire, insistent, à peu près, exclusivement sur les antiphlogistiques, jusqu'à la terminaison de la maladie. D'autres, au contraire, ne prenant en considération que l'altération de la contractilité musculaire, qui est un des principaux symptômes, commencent et finissent par l'emploi des toniques. Enfin, un troisième ordre de médecins, et la plupart de nos professeurs de clinique sont parmi ces derniers, ayant égard et à la réaction qui existe au commencement de la maladie, ainsi qu'à la lésion pathologique, et à l'état adynamique qui accompagne les dernières périodes, ont adopté un traitement mixte; ils emploient les antiphlogistiques au début, et les toniques à la fin. M. *Bretonneau* emploie les purgatifs doux, même à une époque assez avancée de la maladie. Maintenant quel est le meilleur de ces trois traitemens? N'ayant jamais suivi que la clinique de nos maîtres, il est évident que nous ne saurions être juge compétent pour décider la question. Ne pouvant cependant perdre de vue le talent d'observation de ceux qui nous dirigent dans nos études, l'espèce de sollicitude avec laquelle ils cherchent la vérité pour la prendre partout où elle se trouve, la supériorité qu'ils accor-

dent au traitement mixte, ajoutez que l'on se trouve toujours entraîné par ce que l'on a vu, nous serions assez disposé à accorder quelque préférence à ce dernier traitement; c'est celui que nous suivrions en pratique. Voilà donc notre dernière tâche remplie, bien imparfaitement sans doute; mais nous comptons beaucoup sur l'indulgence de nos juges qui auront égard certainement au temps très-limité dans lequel nous avons été obligé de renfermer nos études.

FIN.

PROPOSITIONS.

I.

L'état de la langue ne nous traduit pas une lésion déterminée, ni l'organe qui en est affecté.

II.

Un trouble de fonction accuse toujours un état morbide de l'organe qui y préside.

III.

Un organe étant malade, ses fonctions ne sont pas nécessairement dérangées d'une manière appréciable.

IV.

Les sympathies ne s'exercent jamais primitivement de fonction à fonction.

V.

Il y a des maladies autres que celles qui sont déterminées par un défaut ou par un excès de stimulus.

VI.

Le mot *exception*, pris dans un sens explicatif, doit être banni de la médecine, ainsi que des autres sciences naturelles.